THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1916

THÈSE

N° 78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

TUBERCULOSE DU PUBIS

PAR

Fernand BESSET

Né à Mouthe (Doubs), le 16 mars 1887

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
			ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Broca

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES PREMIERS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE LYON

Monsieur le Professeur TIXIER (1907).
Monsieur le Professeur ROCQUES (1907).

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat :

Monsieur le Professeur agrégé CAMPENON
(la Charité, 1908-1909)
Monsieur le Professeur agrégé MAUCLAIRE
(la Charité, 1908-1909)
Monsieur le Docteur MILIAN (la Charité, 1909-1910)

Internat provisoire :

Monsieur le Docteur SERGENT (St-Louis, 1910-1911)

Internat :

Monsieur le Docteur BEURNIER (St-Louis 1911-1912)
Monsieur le Docteur LESNÉ (Tenon, 1912-1913)
Monsieur le Professeur agrégé WALTHER
(la Pitié, 1913-1914)
Monsieur le Professeur agrégé RIEFFEL
(Saint-Louis, 1914-....)

A Messieurs les Docteurs BAUMGARTNER, WIART, RIBADEAU-DUMAS, GERNEZ, BOISSARD, BOUFFE de SAINT-BLAISE, HALLOPEAU.

INTRODUCTION

La tuberculose du pubis est une affection relativement rare : nous n'avons pu en retrouver, publiés dans la littérature médicale, qu'une soixantaine de cas.

La première observation que nous voyons relatée est celle de Cooper en 1833. Mayer pratique la première résection du pubis en 1847 ; il est suivi, avec des succès divers, par Küster et Bœckel. Les observations dès lors se multiplient : signalons surtout celles de Chassaignac, Terrillon, le cas avec fistule anale relaté par Pozzi en 1873. Un peu plus tard apparaissent les travaux d'Ollier sur la résection du pubis et le premier travail d'ensemble (thèse de Gouilloud) sur les ostéites du bassin.

Depuis cette époque, un certain nombre d'auteurs (Estor, Forgue, Demons) apportent une observation isolée de tuberculose du pubis.

Gangolphe étudie surtout les rapports de cette ostéite avec la coxalgie, Heurteaux (dans la thèse de Labeyrie) ceux de l'arthrite bacillaire de la symphyse avec l'accouchement. Enfin Ménard, soit dans son rapport au Congrès de Chirurgie, soit dans la thèse de Dhéry, pré-

cise les symptômes cliniques et l'évolution de l'affection chez l'enfant et met en évidence l'importance de l'examen radiographique.

Au mois de juillet 1914, il nous fut donné d'observer un cas d'ostéite du pubis à Saint-Louis dans le service du professeur agrégé Rieffel, et c'est sur les conseils et les indications de notre Maître que nous avons entrepris cette étude. Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici et de lui témoigner notre vive gratitude pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours rencontré auprès de lui. Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance envers notre collègue et ami Guelfucci qui a bien voulu, alors que des circonstances exceptionnelles nous tenaient éloigné de Paris, nous communiquer l'observation de la malade et se charger des soins de correction de cette thèse.

ANATOMIE ET EMBRYOLOGIE

Avant d'entreprendre l'étude des ostéites du pubis, il nous semble indispensable de rappeler rapidement son développement, sa forme et ses limites, ainsi que sa situation topographique à la partie antérieure du bassin.

Dans la *vie embryonnaire*, l'os coxal est représenté par trois points d'ossification qui donneront naissance respectivement à l'ilion, à l'ischion et au pubis. Ces trois os concourent primitivement à la formation de la cavité cotyloïde et ils sont séparés par une bande cartilagineuse dessinant un *Y* couché. Du sourcil cotyloïdien le point d'ossification pubien rayonne rapidement en dedans pour constituer la branche horizontale, la surface angulaire et la branche descendante du pubis qui ne se soude avec la branche ascendante de l'ischion que vers la douzième année. Ce point osseux primitif est le seul qui existe chez l'enfant.

A l'âge de la puberté apparaissent trois autres points complémentaires qui viendront achever le squelette de l'arc osseux que constitue le pubis.

Le premier apparaît vers l'âge de 12 ans entre l'ilion et le pubis : c'est l'os intermédiaire ou quatrième os

coxal qui ne se soude aux deux précédents que vers l'âge de dix-huit ans. Il est marqué sur l'adulte par l'éminence iléo-pubienne.

Les deux autres correspondent à l'épine et à l'angle du pubis : ils apparaissent vers la vingtième année et se confondent, au bout de deux ou trois ans, avec la lame osseuse pubienne principale.

En somme, le pubis concourt embryologiquement à la formation de la cavité cotyloïde, et les ostéites du quart antéro-inférieur de ce sourcil articulaire pourraient, de ce fait, rentrer dans le cadre des ostéites du pubis. Son ossification se fait en deux stades successifs : l'un s'étend de la vie embryonnaire à la puberté, l'autre de la puberté à l'âge adulte.

Si maintenant nous considérons le *pubis* sur un bassin parvenu à son *état de développement normal*, nous voyons qu'il est schématiquement constitué : par une portion externe renflée, soudée à la partie antéro-inférieure de la cavité cotyloïde : c'est le corps du pubis ; par une branche horizontale se détachant de ce corps pour se porter en avant et en dedans et se réfléchissant au voisinage de la ligne médiane : c'est la surface angulaire du pubis ; de cet angle se détache enfin la branche descendante qui va se souder, souvent très tardivement, à la branche ascendante de l'ischion.

Nous n'avons point l'intention de faire ici une description complète de chacune des parties osseuses qui constituent le pubis : corps, branche horizontale, surface angulaire et branche descendante. Nous ferons

simplement remarquer qu'il règne parfois une certaine confusion au sujet des dénominations : angle et corps du pubis. Avec les anatomistes nous continuerons à appeler corps du pubis la portion juxta-cotyloïdienne de l'os, à l'encontre de certains auteurs qui donnent le même nom à la portion réfléchie ou surface angulaire.

Nous croyons plus utile de préciser ses *rapports endo et exopelviens.*

Le pubis, par son corps, sa branche horizontale, sa surface angulaire et sa portion réfléchie, contribue à former le trou obturateur ; il en constitue le bord supérieur, l'angle interne et la moitié supérieure du bord inférieur. Sur lui viennent s'insérer les deux muscles obturateurs qui délimitent avec lui le canal sous-pubien. La branche horizontale sépare par son bord supérieur la fosse iliaque interne du triangle de Scarpa et est chevauchée par le paquet vasculo-nerveux fémoral. L'angle pubien se met en rapport avec l'angle du côté opposé par l'intermédiaire d'une articulation dont le type varie de la symphyse à l'arthrodie. Sa face antérieure, ainsi que la branche descendante, est frappée de multiples insertions musculaires. On y voit tout d'abord en haut les insertions aponévrotiques du grand droit et du pyramidal, les fibres entrecroisées des piliers internes du canal inguinal fournies par le grand oblique : l'épaisseur de cette couche fibreuse atteint un centimètre et elle se prolonge en haut avec le feuillet antérieur de la gaîne des droits et l'adminiculum lineæ albæ.

Plus bas, sur la branche descendante, viennent s'in-

sérer le droit interne, le petit et le moyen adducteurs, les racines du ligament suspenseur de la verge ou du clitoris.

La face postérieure du pubis répond au contenu du bassin, ou plus exactement aux organes qui sont renfermés dans les deux étages du pelvis : espace pelvirectal supérieur et espace pelvirectal inférieur. Les insertions antérieures du muscle releveur de l'anus — qui se font, pour le faisceau interne, sur la face postérieure de l'angle pubien au voisinage de la symphyse, pour le faisceau externe sur cette même face postérieure et sur une ligne réunissant le pubis à l'épine sciatique —délimitent dans le petit bassin deux espaces anatomiquement bien distincts. L'étage supérieur renferme en avant le globe vésical, en arrière et plus bas l'ampoule rectale. La vessie est séparée du pubis non seulement par l'aponévrose ombilico-prévésicale que soutendent les cordons oblitérés de l'ouraque et des artères ombilicales, mais aussi par le fascia transversalis, feuillet postérieur de la gaîne des droits, et entre ces deux feuillets, par une cavité virtuelle remplie de tissu cellulaire lache, quelquefois même par une bourse séreuse : la cavité de Retzius. L'espace pelvirectal inférieur, ou fosse ischiorectale, a la forme d'un appentis assez étroit à ouverture inférieure qui ne renferme guère, outre un pannicule adipeux très abondant, que les organes anogénitaux du périnée.

Il paraîtra peut-être un peu oiseux de rappeler ces détails anatomiques. Leur connaissance est cependant

absolument indispensable pour qui veut étudier la migration des abcès d'origine pubienne et on ne doit point oublier que c'est souvent par l'apparition ou même l'ouverture d'un de ces abcès en un lieu éloigné de son lieu d'origine, à la face interne de la cuisse, à l'ombilic, ou dans la vessie par exemple, que se révèle une ostéite pubienne bacillaire à début si latent qu'elle aura passé jusqu'alors complètement inaperçue.

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose du pubis reconnait comme facteur indispensable le bacille Koch. Nous n'insisteront point sur les *causes banales* qui favorisent le développement de ce bacille dans l'organisme. Disons cependant que cette localisation osseuse de la tuberculose est *très peu fréquente*. Wisard ne la relate que 5 fois sur 86 cas de lésions bacillaires de l'os iliaque et nous-même nous n'en avons réuni qu'une *soixantaine de cas* publiés dans la littérature médicale.

Le *sexe* semble peu influer sur l'apparition et le développement de cette ostéite. Labeyrie voit dans la grossesse qui amène une congestion et un relâchement de la symphyse une cause favorisant la tuberculisation de l'articulation pubienne. Ce qui semble mieux démontré, c'est l'influence défavorable qu'exerce l'état de gestation sur une tuberculose symphyséo-pubienne en cours et qui peut provoquer comme dans les cas que nous relaterons plus loin, une rupture de la symphyse.

La tuberculose du pubis n'apparaît guère que vers la seconde enfance pour devenir plus rare à partir de l'*âge* de trente ans. Gouilloud, exposant les idées d'Ol-

lier, a voulu, en se basant sur la date d'apparition de points d'ossification du bassin, diviser ces ostéites en deux variétés suivant l'âge auquel elles apparaissent.

Les ostéites *prépubertiques* n'affecteraient que le point d'ossification primitif du pubis. Elles ne lèseraient donc que la cavité cotyloïde ou la branche horizontale. Les ostéites *postpubertiques* se manifesteraient au niveau des points d'ossification complémentaires : on les rencontrerait donc au voisinage de l'angle et de l'épine du pubis et de la branche descendante principalement.

L'expérience n'a point justifié l'hypothèse de l'école lyonnaise, et, en dépouillant les observations, on voit en particulier que, dans la deuxième enfance, la tuberculose frappe avec une égale fréquence l'angle et la branche descendante ou la branche horizontale et la région cotyloïdienne du pubis.

Sur le pubis, comme sur tout autre point de l'organisme, la *lésion élémentaire anatomique* est la *granulation*, puis le *tubercule*. Mais il n'est permis de parler de tuberculose pubienne proprement dite que quand celui-ci a atteint un certain développement.

Nous ne décrirons pas le développement histologique du tubercule ni la formation de la *caverne* qui en est l'aboutissant. Nous ferons surtout remarquer que, si au niveau du pubis l'infiltration bacillaire simple ou la carie sèche avec raréfaction du tissu osseux est très rare, la formation d'un ou plusieurs *sequestres* est très fréquente et cette constatation est de la plus haute importance au

point de vue thérapeutique. Ces sequestres restent inclus, tantôt dans une caverne osseuse ayant déterminé par leur présence une hyperplasie périostée assez considérable, tantôt dans un abcès de congestion ou une fistule — ou même ils pénètrent dans un organe creux comme la vessie et ont alors une tendance à s'engager dans le canal uréthral.

Suivant le *siège initial* de la lésion, l'issue du pus se fait dans des directions différentes. S'agit-il d'une lésion du pubis proprement dit ou de sa branche horizontale ? le pus se fera jour presque sûrement dans la cavité cotyloïdienne et provoquera une coxalgie ou, dans des cas plus rares, il fusera vers la fosse iliaque ou le triangle de Scarpa, parfois même déterminant dans ces deux régions la formation d'un abcès en bissac.

Les lésions de la face postérieure de l'angle pubien évolueront naturellement vers la cavité de Retzius et la vessie où ils viendront parfois s'ouvrir. On les voit cependant remonter quelquefois dans la gaîne des droits jusqu'au voisinage de l'ombilic, ou même contourner le bord supérieur du pubis et prendre une direction génito-crurale, comme les abcès de la face antérieure ou de la branche descendante.

L'ostéite primitive de la symphyse semble exceptionnelle. La symphysite, que l'on ne rencontre point chez l'enfant, semble secondaire à une lésion osseuse. Il est peu probable que le cartilage articulaire, que l'on voit quelquefois érodé extérieurement, constitue le lieu de passage de l'infection. Il est plus vraisemblable que le

bacille gagne l'articulation par l'intermédiaire de sa face postérieure qui n'est que faiblement protégée par des fibres périostées. Quoiqu'il en soit, au terme ultime de son évolution, la tuberculose du pubis peut amener une disjonction grave de la symphyse. La localisation bacillaire la plus fréquente, celle qui pourrait être décrite comme forme typique, est celle qui frappe cette surface criblée d'orifices vasculaires que l'on rencontre sur la face antérieure de l'angle et de la branche descendante du pubis. Elle donne le plus souvent naissance à des sequestres et amène la production d'abcès qui fusent vers le scrotum ou les grandes lèvres, l'orifice externe du canal inguinal, ou encore suivent la gaîne aponévrotique des adducteurs et du droit interne pour venir s'ouvrir généralement à la face interne de la cuisse, plus rarement à sa face postérieure ou externe ou encore à la fesse dans le voisinage de l'ischion.

Les lois qui président à la formation et à la migration de ces abcès et qu'a bien étudiées Lannelongue, la couleur du pus, le trajet et l'aspect des fistules sont trop connus pour que nous les rappelions. Ces faits n'ont rien de spécial et l'ostéite du pubis rentre, sous ce rapport, dans le cadre banal des tuberculoses osseuses.

Signalons simplement la multiplicité, dans certains cas, des fistules qui viennent s'ouvrir au pourtour de la hanche et qui, jointe à l'atrophie de la cuisse, à la desquammation de la peau, à l'œdème malléolaire, peut rappeler l'aspect clinique d'une vieille coxalgie suppurée.

SYMPTOMATOLOGIE

La tuberculose du pubis offre presque toujours une *marche insidieuse* et, en l'absence de douleur au début, c'est par un nombre fort restreint de symptômes que l'on peut alors la dépister.

Cette latence de l'affection serait due, pour Labeyrie, au rôle que joue le pubis dans le squelette osseux. Empruntant une comparaison à l'architecture, il fait remarquer que cet os en s'arcboutant par la symphyse avec l'homologue du côté opposé joue le rôle d'une arcade plutôt que d'un pilier, et c'est un fait connu que dans les ostéites la douleur est maxima aux points où s'exerce la plus vive pression. Ce rôle en quelque sorte secondaire d'arcboutant que jouent l'ogive pubienne et sa symphyse explique pourquoi ses lésions ne s'accompagnent que tardivement de troubles de la démarche et d'attitudes vicieuses, pourquoi des désordres souvent même très graves ne provoquent point d'impotence fonctionnelle absolue. Ne voyons-nous pas, en effet, la station debout, la marche même compatibles avec une atrophie et une disjonction considérable des os pubiens dans certains cas d'extrophie de la vessie, ou même

avec une résection étendue de l'arcade pubienne comme on en a pratiqué au cours de l'ostéosarcome, de l'ostéite banale ou de l'ostéite bacillaire du pubis ? Dans la constitution de la ceinture pelvienne, les os pubiens ne semblent donc jouer, au point de vue statique, qu'un rôle secondaire, un peu comparable à celui que remplissent les clavicules dans la formation de la ceinture scapulaire ; le rôle fondamental semble être dévolu aux deux articulations sacro-iliaque et coxo-fémorale et à la travée de l'os coxal qui les réunit.

Si, exceptionnellement, comme dans un cas rapporté par Gangolphe où l'affection s'est révélée d'une manière brutale par de la fièvre et des douleurs aiguës simulant une ostéo-myélite, la tuberculose du pubis peut avoir un *début* brusque accompagné de douleurs, il n'en reste pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, l'attention du patient et du médecin ne se trouve éveillée que lorsque le tubercule osseux s'est caséifié, ramolli et a donné naissance à un abcès migrateur.

Sans doute, quelquefois — et il s'agit souvent d'ostéite à point de départ cotyloïdien ou juxtacotyloïdien, pouvant être par conséquent rattachée plus ou moins au groupe des coxalgies — le malade se plaint de *douleur* spontanée siégeant dans la région pubienne ou plus vaguement dans la hanche ou la partie interne de la cuisse. Ces douleurs apparaissent surtout à la suite d'une marche un peu pénible ou parfois même réveillent le jeune malade. Jamais elles n'irradient vers le genou

comme dans la coxalgie. Elles déterminent alors une légère claudication que l'on cherchera à dépister par les mêmes procédés que dans l'arthrite coxo-fémorale.

Cette douleur spontanée peut être réveillée par certaines manœuvres : percussion de la crête iliaque ou de l'ischion qui fait indiquer par le malade la région pubienne comme siège de la douleur maxima ; surtout palpation directe de l'angle du pubis ou des deux branches horizontales descendantes. En raison de la situation relativement profonde de ces deux branches, il conviendra de compléter la palpation directe par le toucher rectal et dans certains cas par le toucher vaginal qui, seuls, permettent d'aborder l'arc pubien par sa face profonde. Le toucher, grâce auquel on reconnaîtra plus tard la présence d'abcès juxtaanaux ou juxtavésicaux pourra cependant parfois, en réveillant une douleur exquise sur la face postérieure du pubis ou d'une de ses branches, y localiser à ce niveau le siège initial de l'ostéite.

Toutefois il ne faut point s'attendre à pouvoir provoquer constamment par ces manœuvres le réveil de la douleur et nous avons vu que l'attention était encore moins souvent appelée par des phénomènes douloureux spontanés. Quant à l'empâtement du pubis constaté au moyen d'un doigt ou de deux doigts placés en pince, c'est un symptôme plus tardif et dû à la réaction périostée ou plus souvent déjà à la formation d'un abcès. Il importe donc de dépister l'atteinte pubienne au moyen de petites manœuvres qui mettront en évidence certai-

nes contractures musculaires ayant pour résultat d'immobiliser plus ou moins complètement la région du pubis.

L'inspection de la cuisse permet dans certains cas de constater un très léger degré d'*atrophie* musculaire. Mais ce symptôme est souvent très difficile à mettre en évidence, même avec la mensuration. La main qui palpe le pli de l'aîne y rencontre quelquefois des *ganglions* légèrement hypertrophiés, peu douloureux, mobiles et non réunis par de la péri-adénite. Mais ce sont également des signes de coxalgie ou tout au moins d'arthrite de la hanche.

Le signe physique le plus important à cette période est constitué par *la contracture des adducteurs* qui détermine l'adduction de la cuisse.

Nous avons fait remarquer en décrivant le pubis les larges empreintes qu'y marquaient sur sa face antérieure les insertions des adducteurs et du droit interne, plus haut du pectiné. Ces muscles, dans les gaînes desquels les abcès ostéopathiques ont une tendance à fuser et qui reçoivent des filets nerveux de l'obturateur, présenteront donc les premiers une contracture de défense.

Quelquefois cette contracture est facile à observer, même à un examen superficiel : le membre inférieur est alors en adduction avec légère rotation interne. Il existe un raccourcissement léger qui explique la claudication et, dans les cas extrêmes, le grand trochanter fait saillie, l'épine iliaque du côté malade est relevée et on a pu croire à une luxation de la hanche. Une légère ensellure

lombaire vient alors compenser le mouvement de bascule du bassin. Mais cette attitude vicieuse de la cuisse et du bassin est loin d'être observée couramment et ce n'est que par des manœuvres analogues à celles que l'on pratique pour dépister une coxalgie, que l'on peut mettre en évidence l'état de contracture des muscles internes de la cuisse.

Le malade étant couché dans le décubitus dorsal, la main gauche placée dans la région des lombes constate une exagération de l'ensellure lombaire normale. Si toutefois la main droite imprime à la cuisse et au bassin des mouvements assez étendus, on se rend compte que la colonne lombaire est souple, mobile, qu'elle est saine. L'adduction de la cuisse n'est pas diminuée, sa flexion sur le bassin est normale et, chez l'enfant, le genou peut se mettre en contact de la paroi abdominale.

L'extension est souvent légèrement limitée et la traction de la cuisse en arrière est douloureuse. La cause probable en est que les adducteurs en attirant en dedans le fémur lui impriment en même temps un léger mouvement de flexion et de rotation externe. Mais le symptôme capital, c'est la *limitation des mouvements d'abduction de la cuisse*.

Le droit interne et la masse musculaire des adducteurs forment, lorsque l'on tente cette manœuvre, une *corde* tendue sous la peau dont la résistance ne peut être vaincue qu'au prix d'efforts souvent énergiques et toujours douloureux pour le malade.

L'absence de douleurs lorsqu'on immobilise la hanche en dehors des mouvements d'abduction, la consta-

tion du signe de la corde des adducteurs, la localisation juxtapubienne des douleurs spontanées ou provoquées permettront à un observateur averti d'éliminer les affections articulaires de la hanche et de penser à une ostéite du pubis. Un examen radiographique pratiqué à cette période initiale fera voir au niveau du siège initial de la lésion une zone plus claire indiquant la décalcification de l'os.

Mais le plus fréquemment, c'est pour un **abcès froid** que le malade viendra consulter, et ces derniers constituent souvent le *symptôme principal* parfois même l'unique symptôme de la maladie.

Il peut donc exister seul, mais lorsqu'il a été précédé de claudication et de phénomènes douloureux, ceux-ci conservent leurs mêmes caractères que précédemment, on les voit même s'accentuer. Le siège de ces abcès est en rapport avec leur point de départ initial. Ils offrent les caractères habituels des abcès tuberculeux : indolence, chronicité, tendance à l'ouverture et à la fistulisation. Leur migration se fait suivant les gaînes aponévrotiques ou le tissu celluleux qu'ils rencontrent. Les quelques notions anatomiques dont nous avons fait précéder cette étude nous permettent de comprendre le siège à première vue anormal où parfois on les rencontre.

Il est rare que l'abcès soit franchement pubien : nous voulons dire qu'on le trouve rarement au niveau de la symphyse ou de la face antérieure de l'angle du pubis. L'épaisse couche tendineuse et aponévrotique qui ta-

pisse la face antérieure de l'ogive pubienne empêche le pus de se créer une issue franchement en avant. La migration se fait généralement en dehors, vers les plans superficiels du périnée antérieur.

Les plus fréquents peut-être des abcès d'origine pubienne sont ceux des bourses et des petites lèvres qui ont une tendance à s'ouvrir dans le pli génito-crural. A ce niveau, la fluctuation est facile à observer, souvent même elle est si franche que l'abcès froid a été pris pour un kyste du cordon ou de la glande de Bartholin. Il est toutefois rattaché par un pédicule plus ou moins étranglé au point d'ostéite toujours douloureux.

D'autres fois, la tumeur apparaît au niveau de l'orifice inguinal externe dont elle sort plus ou moins à la manière d'une pointe de hernie. Dans ce cas également, le pédicule se prolonge non point au dehors dans le trajet inguinal, mais en dedans, vers le bord supérieur du pubis.

Un des sièges de prédilection des abcès est aussi, comme nous l'avons vu, la paroi interne et supérieure de la cuisse. Le point de départ de l'infection bacillaire est alors la face antérieure de la branche descendante du pubis, plus rarement la crête pectinéale. L'infiltration se produit dans les gaînes du moyen et du petit adducteurs, plus rarement dans celles du grand, du pectiné ou du droit interne. La tuméfaction est tout d'abord profonde, la fluctuation, difficile à mettre en évidence, ne devient réellement appréciable que lorsque l'abcès affleure à la peau. Celui-ci tend à se faire jour vers la

région moyenne de la face interne de la cuisse. Quelquefois, suivant le grand adducteur, il contourne le fémur et va s'ouvrir à la face postérieure de la cuisse, dans un ou deux cas même à la face externe sous le tenseur du fascia lata.

Un des espaces celluleux que suit avec prédilection le pus tuberculeux des ostéites est celui de la gaîne des vaisseaux fémoraux. L'abcès est alors au contact de l'artère fémorale qui lui imprime des battements ; il descend dans le triangle de Scarpa et vient généralement s'ouvrir à la pointe. Parfois la tumeur, plus étalée, remonte vers la fosse iliaque interne et donne alors naissance à un abcès en bissac, la bilobulation étant produite par l'arcade fémorale et la fluctuation pouvant être renvoyée de la fosse iliaque à la région crurale.

Les abcès qui ont pour point de départ la face postérieure de la branche descendante du pubis fusent généralement vers la fosse ischiorectale et la fesse. Les premiers donnent naissance à une fistule juxtaanale du type banal et dont l'origine ostéopathique sera souvent difficile à mettre en évidence. Pozzi, qui en relate une belle observation, n'est parvenu à préciser le point de départ osseux de sa fistule qu'après de minutieuses explorations à la sonde cannelée qui lui ont révélé la présence d'un sequestre.

Les abcès fessiers sont généralement douloureux. On les rencontre au niveau de la pointe de la fesse, et, en raison de ce siège ischiatique, ils amènent parfois des troubles de compression nerveuse. A l'état de relâche-

ment des fibres musculaires, la fesse est molle, pseudo-fluctuante à la palpation. La recherche d'un abcès devra donc se faire en plaçant la main parallèlement au sens des fibres du muscle dirigées obliquement en bas et en dehors. Dans les cas de fistulisation d'un abcès fessier, l'exploration à la sonde permettra seule d'en reconnaître l'origine coxale, ischiatique ou pubienne.

L'ostéite de la face postérienne de l'angle du pubis ou celle de son bord supérieur évolue généralement en haut vers la gaîne des droits ou en arrière vers la cavité de Retzins. L'abcès hypogastrique n'est pas exceptionnel. Forgue en relate une observation où le volume de la tumeur atteint celui d'un poing. La collection médiane et fluctuante peut dans les cas où elle devient considérable faire penser à de la rétention d'urine ou à une tumeur hypogastrique : Kyste, fibrôme ou grossesse. Si le pus fuse dans la gaîne des droits il peut venir s'ouvrir à l'ombilic et y produire une fistule (Kirmisson) qui fera croire à l'ouverture soit d'une péritonite tuberculeuse soit d'un kyste de l'ouraque ou d'un kyste entéroïde infecté.

Chez un même malade il peut d'ailleurs coexister plusieurs abcès. Dans un cas de Ménard il existe 5 ou 6 fistules périarticulaires qui faisaient croire à une vieille coxalgie suppurée.

Il est très fréquent de rencontrer deux abcès parfois symétriques.

Dans une observation de Heurteaux, une ostéite juxtasymphysaire avait donné naissance à deux tumeurs jumelles des grandes lèvres du volume d'une tête de fœtus

et offrant l'aspect de deux fesses par leur juxtaposition. Notons aussi que les barrières aponévrotiques ou tendineuses ne sont pas des obstacles infranchissables pour le pus tuberculeux et que Ménard a vu une ostéite de l'angle du pubis franchir la ligne médiane en détruisant la ligne blanche et venir former un abcès dans la gaîne du droit du côté opposé.

Quel que soit le siège de l'abcès, s'il n'est pas ponctionné il a une tendance naturelle à s'ouvrir et à se *fistuliser*. La peau, d'abord blanche et mobile, rougit et adhère.

Il se fait une ouverture à cicatrice déprimée d'où va sortir un pus plus ou moins séreux ou grumeleux et dans lequel on rencontrera parfois de petits sequestres osseux. L'orifice externe de ces fistules siègera au point déclive des abcès : au pli génito-crural pour les abcès des bourses ou des lèvres, à la pointe du triangle de Scarpa, à la face interne ou plus rarement à la face postérieure ou externe de la cuisse pour les abcès cruraux, — à la marge de l'anus ou à la pointe de la fesse pour les abcès postérieurs de la branche descendante, à la région hypogastrique ou ombilicale pour ceux qui ont une évolution supérieure.

L'exploration de ces abcès a une importance diagnostique capitale. C'est elle seule qui permettra souvent d'en reconnaître l'origine pubienne insoupçonnée jusqu'alors. Elle se fera avec un instrument métallique malléable, sonde d'argent de préférence ou même petit Béniqué. Elle devra être patiente, non brutale, de peur

de créer des fausses routes, et surtout répétée si elle ne donne point tout d'abord de résultats satisfaisants. Le stylet viendra buter contre un os malade, dénudé quelquefois, il l'écrasera en donnant l'impression de sucre mouillé. Mais dans la majorité dès cas il fera constater la présence d'un ou plusieurs sequestres mobiles dans une cavité. Cette exploration, surtout si elle a été précédée, comme le faisaient les anciens auteurs, par une dilatation du trajet à la laminaire, a pu être suivie au bout de quelques jours de l'élimination de fragments osseux nécrosés.

Avec l'exploration métallique, la recherche que l'on ne devra jamais négliger de pratiquer à cette période, c'est *l'examen radiographique* qui précisera non seulement le siège de l'ostéite, mais commande souvent l'intervention. Au milieu d'une zone plus claire due à la décalcifation de l'os atteint on reconnaîtra une tache blanche marquant le foyer de l'ostéite et au milieu d'elle les taches opaques des sequestres.

D'autres fois on remarquera que toute la surface angulaire ou l'une des branches sont séquestrées et déplacées.

Si, par une intervention sanglante, on ne procède point au grattage des lésions et à l'ablation des fragments osseux qui entretiennent la suppuration, on voit exceptionnellement la fistule se tarir et se cicatriser et la guérison survenir.

Les complications sont la règle commune dans toute tuberculose osseuse ouverte. La fièvre s'allume, monte

à 39° le soir, offrant les caractères de la fièvre hectique ; le pus prend un aspect grisâtre, il devient fétide et plus abondant. A ce moment, les douleurs et la claudication, qui avaient pu jusqu'alors ne pas apparaître, deviennent constantes et s'accentuent. Le malade garde le lit. Sa cuisse s'atrophie, se met souvent dans une position vicieuse ; elle se fléchit sur le bassin et se met en adduction. L'œdème malléolaire, la desquammation du pied, la dénutrition de la cuisse, les fistules parfois multiples que l'on rencontre au niveau de la hanche rappellent l'aspect d'une coxalgie ancienne et fistulisée.

Dans les observations anciennes, nous relevons quelques cas de mort. Celle-ci est toujours survenue au cours d'ostéites fistulisées et traitées trop tardivement ou insuffisamment. Elle est le fait de la cachexie, de l'hecticité, de la dégénérescence amyloïde, avant tout de l'infection des abcès, exceptionnellement de leur ouverture dans le péritoine ou d'une généralisation tuberculeuse.

Complications et formes cliniques

En parlant de la migration des abcès, nous avons volontairement omis de signaler jusqu'ici le siège et l'ouverture tout à fait anormale de certains d'entre eux dans la vessie, dans l'articulation de la hanche ou dans celle de la symphyse pubienne. Nous avons pris comme type de notre description celui que l'on rencontre le

plus fréquemment, le type que l'on pourrait appeler classique de l'ostéite du pubis, celui de la branche descendante et de l'angle du pubis. Cette travée osseuse est en quelque sorte superficielle et les abcès qui s'y forment se développent de préférence vers la cuisse, la fosse ischiorectale et le périnée. Toute autre est la situation de la branche horizontale et du corps du pubis qui revêtent des rapports étroits avec la vessie et l'articulation de la hanche. Nous signalerons enfin le danger tout particulier de rupture et d'infection généralisée qu'offre au niveau de l'accouchement l'atteinte bacillaire de la symphyse.

1° Les *complications uréthrovésicales* de la tuberculose du pubis ne sont pas exceptionnelles. Nous en avons relevé quatre observations. Notons tout d'abord que la présence d'un abcès froid au voisinage du col de la vessie et de l'urèthre membraneux n'amène pas forcément de complications urinaires et peut-être, comme le cas relaté par Ménard, parfaitement toléré. D'autres fois, elle se traduira simplement par de l'excitabilité vésicale. Ainsi, dans la belle observation de Pozzi, un petit garçon porteur d'une fistule anale d'origine pubienne présentait de *l'incontinence d'urine*. Jamais ses urines ne furent troubles ni la miction douloureuse. Cette incontinence guérit à la suite de l'ablation d'un sequestre.

Dans d'autres cas, un abcès froid développé dans la cavité de Retzius perfore les parois de la vessie et vient y vider son contenu. *Les urines* deviennent alors *puru-*

lentes, mais les mictions augmentent peu de fréquence et il n'existe que rarement des douleurs à l'émission des urines. La muqueuse vésicale est donc très tolérante vis-à-vis du contenu des abcès froids. Il ne se produit point de fièvre ni d'infection ascendante de l'arbre urinaire. Certains auteurs avaient déjà remarqué que l'ouverture d'une collection bacillaire d'origine vertébrale dans la vessie n'amenait point d'infection urinaire. La principale complication résultant de cette ouverture est d'ordre mécanique. Les séquestres qui stagnent dans la vessie s'enrobent de dépôts phosphatiques et uratiques ; ils donnent naissance à de véritables calculs et, dans un cas, Ollier a dû broyer un gravier du volume d'un œuf de poule au moyen d'un lithotriteur. Les séquestres plus petits s'engagent parfois dans le col de la vessie et dans l'urèthre. Heiberg (de Christiana) a pu en sentir un dans la racine du pénis.

L'abcès qui s'est ouvert dans la vessie peut néanmoins continuer sa marche et venir s'ouvrir à l'extérieur, soit au périnée, soit à la paroi abdominale dans la région des flancs. Il se forme alors une fistule d'où s'échappe un liquide, mélange de pus et d'urines, auquel se mêlent parfois même de petits séquestres.

2° Une des complications les plus graves de l'ostéite du pubis, c'est *l'envahissement par l'infection de l'articulation de la hanche*. On la rencontrera plus fréquemment chez l'enfant ; elle est d'ailleurs toujours consécutive à une tuberculose du corps de l'os. Bien étudiée par Ollier et ses élèves, elle simule souvent à s'y mé-

prendre la *coxalgie* et, dans les cas où le début de l'infection est cotyloïdien, elle se rattache anatomiquement et cliniquement à l'arthrite coxo-fémorale.

Le début en est souvent brusque, se faisant par des douleurs ou même de la fièvre. Dans un cas de Gangolphe, il rappelait celui d'une arthrite aiguë de la hanche. Le plus souvent, cependant, il est insidieux comme dans la plupart des coxalgies. Les douleurs, l'élévation de température, les attitudes vicieuses sont en tout cas plus rapides et plus constantes dans leur apparition que dans les formes que nous venons de décrire. Les phénomènes sont généralement si douloureux qu'ils obligent le malade à s'aliter et qu'ils ne cèdent souvent qu'à la traction continue. Le membre inférieur se place rapidement en adduction, rotation interne et flexion légère. Nous n'avons jamais vue, signalée, l'attitude inverse. La déformation, parfois si prononcée qu'elle a pu faire croire, à un examen rapide, à une luxation de la hanche, est complétée par l'abaissement de l'épine iliaque du côté malade qui corrige le raccourcissement du membre inférieur et par une exagération de l'ensellure lombaire. Dans plusieurs cas observés par Ollier et Gangolphe, cette pseudo-coxalgie a évolué vers la guérison sans abcès. L'immobilisation dans la gouttière de Bonnet ou l'extension continue amenaient la cessation de la douleur et des attitudes vicieuses. A défaut de radiographie, la localisation pubienne de l'affection était attestée par l'examen physique qui réveillait une vive douleur au niveau du corps du pubis ou de la branche

horizontale. Mais le plus souvent cette forme aboutit, comme les précédentes, à la formation d'abcès qui se fistulisent. Ceux-ci peuvent prendre leur origine dans la branche horizontale ou dans la portion juxtacotyloïdienne du pubis pour gagner de là l'articulation coxo-fémorale. Mais ils peuvent avoir d'emblée une origine acétabulaire. L'os pubien ne concourant à la formation de la cavité cotyloïde que pour son quart inférieur et le point de départ de l'infection bacillaire dans les arthrites coxo-fémorales se trouvant plus souvent au niveau de la tête fémorale que sur l'os iliaque, il est donc probable que, dans la réalité, peu de coxalgies vraies aient leur origine dans le corps même du pubis. Quel que soit le foyer primitif de tuberculisation, l'abcès formé se développe et fuse vers les régions que nous avons déjà indiquées ; il peut donner naissance à de multiples fistules que l'on rencontre au pourtour de la hanche. Il sera dès lors justiciable du même traitement qu'une coxalgie fistulisée et infectée : la résection de la hanche. Dans deux cas, Ménard a observé une fusée des abcès vers les espaces pelvirectaux et il attribue à ce voisinage du tube digestif la fétidité du pus et la gravité de l'infection qu'il relate. Cette forme fistulisée de la coxalgie pubienne contraste par sa gravité avec la bénignité des complications vésicales que nous avons soulignées dans la forme précédente.

3° *La localisation à l'articulation symphysaire* de la tuberculose du pubis offre aussi une allure clinique spéciale et elle revêt une gravité particulière de ce fait

qu'elle favorise la disjonction des symphyses au moment de l'accouchement. Plus fréquente chez la femme, en raison sans doute des phénomènes de congestion qui se produisent au niveau de la symphyse au cours de la puerpéralité, cette forme a été aussi signalée chez l'homme dans une ou deux observations.

Pour Büngner, elle aurait son point de départ soit dans le fibrocartilage articulaire, soit dans la portion osseuse avoisinante, ce qui semble être la règle pour les auteurs français. Les abcès dans cette forme évoluent soient en haut dans la gaîne des droits, soit en arrière vers la cavité de Retzins, les fosses iliaques, la vessie et le péritoine — ils ne progressent jamais franchement en avant, comme le fait observer Tillmann, bridés qu'ils sont par le surtout fibreux prépubien et par le ligament arqué. Ils sont fréquemment symétriques, fusant le long des racines du clitoris et se développant dans les grandes lèvres sur le bord externe desquelles ils viennent s'ouvrir. Cette symétrie des abcès et des fistules en atteste le plus souvent, mais non toujours, leur origine médiane, articulaire.

Mais ce qui constitue le principal caractère clinique, ainsi que la gravité de la symphysite bacillaire, c'est qu'elle prédispose le bassin *pendant l'accouchement* à cette rareté obstétricale qu'est la *rupture des symphyses*. Holmes l'incrimine nettement, Labeyrie, Heurteaux y voient une cause trop peu connue de disjonction symphysaire.

La bacillose du pubis a été diagnostiquée ou non pendant la grossesse. Au moment du travail les dou-

leurs s'accentuent et s'irradient vers les fosses iliaques et les cuisses. Pendant l'accouchement, et généralement après une application de forceps, la patiente ressent une douleur très vive vers le pubis en même temps qu'elle a la sensation d'un craquement et que le fœtus progresse rapidement.

Si on examine la femme à ce moment, on voit que les cuisses sont rejetées en dehors par le déplacement latéral des cavités cotyloïdes.

La région pubienne est œdématiée, la paroi antérieure du vagin peut être déchirée et l'urèthre fendu longitudinalement comme dans une observation de Cholmogoroff. Le toucher vaginal permet de reconnaître que les deux piliers de l'ogive pubienne sont écartés et qu'entre eux on peut déterminer une dépression. Dans les observations anciennes, qui furent publiées avant l'ère antiseptique, on note constamment l'apparition de phénomènes infectieux graves. La région pubienne s'empâte devient plus douloureuse encore, les frissons apparaissent, la température s'élève et il se forme un phlegmon souvent urineux qui fuse dans la cavité de Retzius et vers les fosses iliaques. Le pronostic dans ces cas est grave et, si on n'intervient promptement par de larges débridements et des drainages, la malade peut succomber par septicémie. Le pronostic s'est amélioré depuis que des lavages antiseptiques ont diminué les chances d'infection. Car à cette période ce n'est plus celui d'une ostéite ou d'un arthrite bacillaire, mais celui d'une fracture compliquée du bassin avec déchirure de la paroi antérieure du vagin.

DIAGNOSTIC

La tuberculose du pubis est assez fréquemment méconnue en raison de la latence de ses symptômes et surtout de sa rareté même. En présence d'un abcès froid de la partie supérieure de la cuisse on pense plus souvent à une coxalgie, à un mal de Pott, à une adénite inguinale ou même à une tuberculose de l'ischion et de la crête iliaque qu'à une ostéite du pubis. La constatation d'un point douloureux au niveau de cet os, l'exploration au moyen d'un stylet quand il existe une fistule et surtout la radiographie permettront, dans les cas douteux, de préciser le point départ osseux de l'abcès froid. Le diagnostic de tuberculose pubienne ne nous semble donc pas offrir de réelles difficultés à condition toutefois que l'attention soit éveillée de ce côté et que la lésion ait pris un développement suffisant.

Au début, l'affection peut rester très longtemps latente et méconnue. Les douleurs pourront être mises, à un examen superficiel, sur le compte d'une névralgie sciatique. Elles en diffèrent totalement cependant par leur siège et leur irradiation. Elles pourront être confondues avec celles que déterminent une poussée d'adé-

nite inguinale ou crurale ou une atteinte inflammatoire légère de l'articulation de la hanche ou de la symphyse pubienne. On incriminera d'autres fois une périostite banale ou d'origine traumatique ou de simples troubles de la croissance. Quant à la claudication, on lui reconnaîtra les mêmes causes et, en l'absence, à ce moment, de tout autre symptôme, on redoutera l'apparition d'une coxalgie. Dans les cas exceptionnels où le début se fait par des phénomènes aigus : fièvre et douleurs vives, on peut penser à une ostéomyélite aiguë qui, toutefois, évolue d'une manière plus rapide au milieu d'un cortège de symptômes beaucoup plus graves.

Mais tous ces diagnostics sont des diagnostics d'exception et dans la pratique courante c'est sur l'origine d'un abcès froid fistulisé ou non, que le médecin aura à se prononcer. La tumeur siégera souvent assez loin du pubis et n'y sera rattachée que par un pédicule difficile à mettre en évidence ; et cette anomalie de siège des abcès est une des grandes causes d'erreur.

Dans quelques cas l'abcès froid a été méconnu. Adhérent intimement au pubis il aura pu faire croire à une exostose, un enchondrôme ou un fibrôme développé à ses dépens. Picqué a publié un cas d'ostéosarcôme du pubis ayant évolué d'une manière rapide en causant de vives douleurs et amenant une augmentation considérable du volume de l'os. L'abcès bacillaire faisant issue au niveau de l'orifice inguinal externe a pu en imposer pour une hernie. Il est animé, en effet, au moment de la toux, et des efforts, d'un mouvement d'im-

pulsion, mais jamais d'expansion vavie comme une véritable hernie. En outre il est prolongé en dedans par un pédicule qui le rattache au pubis. Même confusion a pu être commise avec la hernie crurale ou obturatrice. Au niveau des vaisseaux fémoraux, dans le triangle de Scarpa, l'abcès froid peut devenir pulsatile comme un anévrysme. Il est cependant très facile de le différencier d'avec ce dernier qui présente un mouvement d'expansion en masse. Le lymphadénône est extrêmement rare : il s'accompagne d'une hypertrophie des organes lymphoïdes et de modification de la formule sanguine. La dilatation ampullaire de l'extrémité supérieure de la saphène interne se vide de sang quand on arrête l'afflux veineux en appuyant avec le doigt au-dessous de la tumeur.

Moins rare est la confusion d'un abcès froid avec un kyste du canal de Nück ou encore d'un kyste des glandes de Bartholin. Ces derniers se développent dans les grandes lèvres, ils sont fluctuant, indolores : la ponction, qui ramène un liquide séreux, lèvera tous les doutes. Chez l'homme, l'abcès froid descendant dans les bourses reste toujours distinct du testicule. Il n'en sera pas de même dans les cas d'hydrocèle ou d'hématocèle de la vaginale ou même de kyste de l'épididyme très développé.

Parfois l'ostéite du pubis restera très longtemps ignorée. Nous voulons parler des cas où le malade vient consulter pour des complications n'éveillant pas de suite à l'esprit d'idée de tuberculose osseuse. C'est

par exemple l'histoire de ce petit malade de Pozzi venant consulter pour une fistule à l'anus et une incontinence d'urine ou celle de cette jeune femme d'Ollier urinant du pus et porteuse de calculs vésicaux volumineux. C'est dans ces cas plus que dans tout autres, que l'exploration des trajets fistuleux devra se faire avec le plus de patience et de minutie et que l'examen radiographique est indispensable.

Enfin en cas de disjonction des symphyses au cours d'un accouchement il faut toujours penser à la possibilité d'une symphysite tuberculeuse.

En *pratique*, dans l'immense majorité des cas, la *présence de l'abcès froid aura été reconnue*. De même la claudication et l'attitude vicieuse de la cuisse. Mais ces symptômes auront été attribués à une autre cause, à la coxalgie ou au mal de Pott, affections beaucoup plus fréquentes, plus rarement à une tuberculose de l'ischion ou de la crête iliaque, une adénite bacillaire, une ostéomyélite subaigue ou chronique, exceptionnellement à une syphilis ou une ostéite traumatique du bassin.

La fracture compliquée du pubis peut, comme chez un malade que nous traitons actuellement, donner naissance à des abcès, des fistules entretenues par des séquestres. Le rappel des commémoratifs suffira pour éliminer la possibilité de tuberculose.

La syphilis frappe exceptionnellement le bassin ; elle produit des gommes et non des abcès froids. Les douleurs nocturnes, la suppuration sont améliorées par

le traitement iodo-mercuriel. L'ostéomyélite subaigue ou chronique peut dans certains cas être extrêmement difficile à différencier de la tuberculose osseuse, Dans le premier cas la réaction périostée est cependant plus considérable, les séquestres plus fins en forme d'aiguilles ; le pus injecté au cobaye ne le tuberculise pas.

Dans les *adénites suppurées du pli de l'aine* on sent, à côté de la tumeur, siège principal de la caséification, un empâtement de toute la région englobant tous les ganglions inguinaux et cruraux. Il existe des adénopathies multiples. Les mouvements provoqués de la cuisse sont intacts, tout au moins pour l'abduction, et ils ne réveillent, par la palpation, aucune douleur osseuse ou articulaire.

La *tuberculose de l'ischion* peut s'accompagner de l'atteinte de la branche descendante du pubis comme il est relaté dans deux observations. Quand elle est localisée à la tubérosité ischiatique elle est suivie rapidement de douleurs fessières. Le malade éprouve de la gêne pour s'asseoir et la pression directe ou le toucher rectal réveillent au niveau du foyer d'ostéite une vive douleur. La pointe de la fesse ne tarde pas à s'empâter et se tuméfier. Le pli fessier s'abaisse et les abcès fusent vers l'échancrure sciatique, amènent des troubles de compression du gros tronc nerveux postérieur de la cuisse.

L'*ostéite de la crête iliaque* est assez facile à reconnaître en raison de son siège superficiel. Le pus fuse vers la fosse iliaque interne ou la fosse iliaque externe et s'ouvre aussi souvent directement à la peau.

L'abcès froid d'origine pubienne sera souvent attribué à un *mal de Pott*. La tuberculose de la colonne dorsale ou lombaire donne fréquemment naissance à des collections qui viennent s'ouvrir à la partie supéro-interne de la cuisse. Mais le trajet que suivront avec prédilection ces abcès, c'est la gaîne du psoas pour venir se fistuliser en arrière du petit trochanter. Dans ces cas, d'ailleurs, un examen attentif révèlera toujours une atteinte du squelette vertébral. En cas de mal de Pott dorsal, la gibbosité est marquée. Si l'atteinte est lombaire, la déformation est peu évidente, mais elle pourra être reconnue par la percussion des apophyses douloureuses au niveau du foyer d'infection et par des manœuvres de flexion, d'extension et de torsion de la colonne vertébrale qui en montreront la rigidité.

Mais l'affection la plus difficile à différencier de la tuberculose du pubis : c'est la *coxalagie*. Dans certains cas le diagnostic est à peu près impossible : nous voulons parler des faits où l'origine pubienne de certaines coxalgies ne pourra être reconnue que par la radiographie ou une intervention.

Au début les deux maladies présentent ces mêmes symptômes : douleurs, claudication et gêne des mouvements de la cuisse. La boiterie et les douleurs semblent cependant moins fréquentes et moins prononcées dans l'ostéite du pubis. Nous ne voyons signalée qu'une seule fois dans une observation de Weitzel, la propagation de la douleur au genou. Mais, dans l'affection que nous étudions, la gêne des mouvements de la cuisse n'a lieu

au début que dans l'abduction. Si on porte en dehors le genou, la main sent sous la peau la corde des adducteurs qui se tend, mais elle a la sensation qu'il n'existe aucune gêne articulaire de la hanche. Sous anesthésie chloroformique, cette articulation peut reprendre sa souplesse normale.

Dans la coxalgie, au contraire, il existe une gêne de l'abdnction, mais également de la flexion et de l'extension.

Dans l'ostéite pubienne, on observe toujours comme attitude vicieuse, une adduction s'accompagnant de légère flexion de la cuisse, et de raccourcissement du membre, avec parfois une rotation en dedans.

Dans l'arthrite coxo-fémorale, l'attitude primitive est l'abduction avec rotation externe et allongement apparent du membre inférieur par abaissement de l'épine iliaque et du bassin. La position inverse peut se voir également.

A la période des abcès, l'erreur devient encore plus facile. Nous avons déjà signalé l'aspect que présenteraient certaines ostéites anciennes du pubis avec fistules multiples, œdème du pied. atrophie de la cuisse, flexion de cette dernière sur le bassin, gêne des mouvements articulaires. Un examen attentif fera toutefois observer que cette gêne des mouvements ne sera bien marquée que pour l'abduction. L'exploration des fistules en montre l'origine pubienne, de même la radiographie indiquera, dans certains cas, un envahissement secondaire de l'articulation de la hanche.

TRAITEMENT

L'Etude anatomique et clinique que nous venons de faire de la tuberculose du pubis a mis en évidence plusieurs fatis : la fréquence des sequestres qui entretiennent la suppuration — le peu de troubles fonctionnels qui accompagnent la destruction plus ou moins étendue de la symphyse de l'arc pubien. Ces deux faits nous expliquent pourquoi le *traitement* de cette tuberculose osseuse est avant tout *opératoire*. La symphyse pubienne, la surface angulaire et l'origine des deux branches au point de réflexion sont relativement superficielles et par conséquent assez faciles à aborder pour l'opérateur. L'ablation plus ou moins complète d'une branche du pubis, de la surface angulaire ou même la résection complète de la symphyse n'entraînent pas de troubles de la démarche bien considérables. Nous ne pouvons donc avoir en cas d'abcès fistulisé le même respect pour l'articulation bi-pubienne que pour la hanche, le genou ou encore la colonne vertébrale. Nous serons d'autant plus autorisés à intervenir que nous pouvons espérer enlever totalement, non seulement le sequestre, mais

aussi le foyer d'ostéite ; et que le pis-aller, la résection du pubis, n'entraînera pas de troubles plus graves que ceux causés par l'affection.

Sans doute, si l'ostéite est diagnostiquée au début, il faudra tenter la cure au moyen des agents thérapeutiques habituels de la tuberculose osseuse. Ollier et Gangolphe nous rapportent plusieurs observations de bacillose du pubis qui, traitées par l'immobilisation immédiate dans la gouttière de Bounet ou un appareil plâtré, les pointes de feu profondes, les toniques généraux, ont évolué rapidement vers la guérison sans qu'il se soit produit d'abcès. Mais ces cas sont exceptionnels et se rapportent tous à des pseudocoxalgies à point de départ juxtacotyloïdien.

Le plus souvent c'est un abcès froid que l'on aura à traiter. S'il n'est point encore ouvert, on peut tenter de le guérir au moyen des ponctions et des injections modificatrices. Ces ponctions répétées seront pratiquées le plus aseptiquement possible, de manière à éviter l'infection secondaire qu'il faut craindre avant tout. Le trocart sera introduit en peau saine et non au point déclive, ce qui favoriserait la fistulisation et la pénétration de microbes pathogènes. On les fera suivre d'injections modificatrices d'éther iodoformé, de naphtol ou plutôt de thymol camphré. Si, au bout de quelques semaines, on n'obtient point de résultats satisfaisants, il ne faut pas hésiter, croyons-nous, à pratiquer une intervention sanglante. Cette dernière sera presque toujours indiquée en cas de trajet fistuleux, car l'infection secondaire est la

règle dans ce cas et il importe d'enlever le sequestre, source de la suppuration.

Dans certains cas, on a pu se contenter d'introduire une pince par l'orifice de la fistule dilatée ou non au moyen d'une laminaire, pour aller cueillir le fragment osseux. Mais ce procédé est exceptionnel et le plus souvent insuffisant. Il faudra traiter séparément l'abcès, le foyer d'ostéite avec le sequestre qu'il renferme, les trajets fistuleux.

Quant à l'abcès resté juxtapubien, on peut tenter de le disséquer et d'enlever en totalité ce tuberculôme. La dissection est le plus souvent laborieuse se faisant dans des tissus lardacés, inflammatoires. La pointe du bistouri perfore la paroi de l'abcès et l'ablation en masse est difficile à réaliser. En contournant la poche et en arrivant à son extrémité supérieure on tombe sur le pédicule qui conduit à un foyer d'ostéite plus ou moins étendu. Tantôt il s'agit d'une simple logette dont les parois sont grattées à la curette, tantôt on trouve une cavité plus grande constituée en partie par le périoste et qui renferme, libre, baignant dans le pus, un fragment plus ou moins considérable de la branche descendante ou de l'angle du pubis. Ces sequestres sont enlevés, la cavité est agrandie à la pince-gouge et bourrée de gaze iodoformée. S'il existe une suppuration fétide et de la fièvre, on pratiquera un lavage à l'eau oxygénée et il sera prudent de drainer.

Quant aux fistules si elles sont superficielles et de peu d'étendue, on pourra tenter de les enlever en les

disséquant, ou bien on les fendra dans toute leur étendue et elles se cicatriseront ainsi en quelques semaines. Si elles sont profondes et traversent la cuisse on y passera des drains dans lesquels on fera des lavages avec une solution antiseptique.

Dans certains cas, les lésions seront si étendues qu'on devra pratiquer une résection du pubis. On sera conduit le plus souvent à faire cette opération d'une manière atypique. Avec la pince-gouge et la curette, on pratiquera un évidement complet de la symphyse, de l'angle et de l'extrémité interne des deux branches du pubis. On respectera le plus possible le périoste surtout chez l'enfant, et Ollier a observé plusieurs cas où, après résection sous-périostée, le squelette osseux s'était complètement reformé. D'autrefois (Février) on a dû pratiquer une résection totale du pubis et des deux branches sans conservation du périoste.

Pour aborder la symphyse et la branche descendante, qui sont le plus souvent atteintes, il convient de faire une incision remontant du pli génito-crural jusqu'au voisinage de l'articulation sur la ligne médiane. Les plans seront incisés avec prudence, le cordon sera soigneusement récliné en dehors au moyen d'un écarteur et même, s'il gêne, le testicule sera sorti temporairement des bourses pour y être replacé. Les insertions musculo-aponévrotiques et le périoste seront décollés au moyen d'une rugine. Il faudra éviter de léser la racine des corps caverneux sur la face interne de la branche descendante — la blessure de l'artère honteuse in-

terne a moins d'importance. Dans les cas où on devra pratiquer la résection, l'ouverture de la symphyse n'offre aucune difficulté, de même que la section des branches osseuses nécrosées. Le curettage et l'évidement seront complétés par un attouchement au chlorure de zinc et un tamponnement léger à la gaze iodoformée. Les suites opératoires sont généralement très bonnes. La suppuration se tarit rapidement et, au bout de quelques semaines, le malade peut marcher.

Dans les cas où les abcès et les fistules communiquent avec la hanche (Ménard), il faut pratiquer une résection de cette articulation et la compléter par une contre-ouverture et un drainage large de la région pubienne. Nous avons vu que les complications urinaires (incontinence d'urine, pyurie) cédaient à l'ablation des sequestres ; l'enlèvement des calculs ayant pu, dans certains cas, nécessiter l'emploi du lithotriteur.

OBSERVATIONS

Nous avons pu recueillir quelques observations de tuberculose du pubis. Nous en rapporterons une analyse très succincte de chacune d'elle, en y ajoutant une observation personnelle. Nous avons tâché de réunir ces différents cas en plusieurs groupes, en nous guidant sur des considérations d'ordre anatomique, mais surtout clinique.

Nous réunirons, tout d'abord, les observations, qui sont d'ailleurs les plus nombreuses, de tuberculose de *l'angle du pubis et des branches horizontale et descendante* en y rattachant deux cas où la tuberculose a eu un point de départ ischiatique. Dans un autre groupe seront étudiées les formes où *les complications vésicales* occuperont le premier plan, puis celles où l'ostéite pubienne évolue comme une coxalgie, celles enfin où *l'articulation symphysaire* est envahie et peut se *disjoindre* au cours d'un *accouchement*. Nous finirons en rapportant le *résultat nécropsique* de certaines ostéites d'observation ancienne s'étant terminées par la mort.

PREMIER GROUPE

(Tuberculose de l'angle et des branches horizontale et descendante du pubis.)

OBSERVATION I

(Ménard, in thèse de Dhéry)

M... Robert, âgé de 11 ans, vient consulter pour des fistules de la partie supérieure de la cuisse. Mouvements de l'articulation de la hanche libres, sauf l'abduction.

A l'opération, ablation de 5 ou 6 sequestres occupant la place de l'angle et de la branche descendante du pubis.

Amélioration.

OBSERVATION II

(Ménard, in thèse de Dhéry)

L... Georges, 12 ans 1/2, arrive également avec des fistules multiples et infectées. Aspect clinique de vieille coxalgie suppurée. Mais mouvements de la hanche libres, sauf l'abduction. Ablation de deux sequestres de la branche descendante.

Amélioration marquée.

OBSERVATION III

(Ménard, in Congrès de Chirurgie 1902)

N..., garçon de 12 ans, est considéré comme atteint de coxalgie. Abcès du pli génito-crural. En le disséquant, on

arrive sur la face postérieure du pubis où on trouve une cavité logeant un sequestre blanc.

Guérison sans claudication.

OBSERVATIONS IV

(Ménard, in Congrès de Chirurgie. 1902)

R... Eugénie, âgée de 12 ans 1/2, vient pour une fistule anale et une fistule abdominale dont l'orifice est situé à 10 cm. au-dessus de la symphyse. Ablation d'un sequestre représentant l'angle gauche du pubis. Guérison.

OBSERVATION V

(Ménard, in Congrès de chirurgie 1897)

D..., garçon de 13 ans, est envoyé pour coxalgie. Il existe trois fistules. Ablation d'un sequestre de la branche ischiopubienne et curettage.

OBSERVATION VI

(Ménard, Congrès de Chirurgie 1902)

Lucie D...., 10 ans 1/2, vient pour une fistule du triangle de Scarpa. Destruction de la branche ischio-pubienne : curetage, pas de sequestre. — Guérison.

OBSERVATION VII

(Estor, in thèse de Veyrune)

Eugène T..., âgé de 7 ans, vient pour un abcès de l'aîne.

A l'incision, on trouve une ostéite de l'angle et de la branche horizontale du pubis. Curetage. Récidive de l'abcès.

OBSERVATION VIII

(Forgue, in Montpellier. Médical, 1902, n° 15)

Emile N..., 32 ans, présente une tumeur hypogastrique. Résection sous-périostée de tout l'angle pubien. Ablation de deux sequestres. Régénération du tissu osseux. — Guérison complète.

OBSERVATION IX

(Février, in Archives de Médecine militaire 1895)

M..., 23 ans, soldat au 149e de ligne, entre pour un abcès du pli génito-crural. Curetage, puis résection totale du pubis. Le malade quitte l'hôpital 6 mois après avec des lésions pulmonaires.

OBSERVATION X

(Vignaud, in thèse de Labeyrie)

Femme P..., 30 ans, présente une tumeur hypogastrique. Trois grattages successifs de l'angle du pubis gauche.

OBSERVATION XI

(Récamier, in thèse Moignet)

Mme T..., 31 ans, se plaint d'un abcès froid inguinal.

Ostéite de la région du pubis. Ablation de trois sequestres et résection de la branche ischio-pubienne. — Guérison complète.

OBSERVATION XII

(Hallopeau, in thèse Moignet)

L.... 54 ans. terrassier, présente un abcès froid au niveau de l'orifice inguinal externe.

Dissection de la poche. Trépanation de la surface angulaire du pubis. Injection de pâte de Beck. Intoxication bismuthée. — Mort.

OBSERVATION XIII

(Gouilloud, in thèse, Lyon, 1883.)

Jeant M..., 25 ans, est porteur d'une fistule du pli inguinoscrotal. Élimination spontanée de sequestres venant de la branche descendante. — N'est pas opéré.

OBSERVATION XIV

(Gouilloud, in thèse.)

Pierre-Marie G..., 24 ans, présente une fistule du sillon génito-anal. Ablation au moyen d'une pince d'un sequestre de la branche descendante. — Guérison de la fistule.

OBSERVATION XV

(Ollier, Tome III, Résections, Obs. CXVIII.)

Marie Pipart, âgée de 28 ans, offre à l'examen deux fistules s'ouvrant en dehors des grandes lèvres. Résection de la branche descendante du pubis, de l'angle et de la branche horizontale. — Guérison.

OBSERVATION XVI

(Terrillon, in « Semaine Médicale », 1884.)

Femme de 27 ans, porteuse d'un abcès froid inguinal fistulisé. Douleur à la pression du pubis. — Pas d'opération.

OBSERVATION XVII

(Trécourt, Mémoires et observations de Chirurgie, 1769. In thèse Poisson.)

Fille de 22 à 23 ans. Abcès froid de la cuisse, probablement d'origine pubienne.

OBSERVATION XVIII

(Kirmisson, in « Presse Médicale », 3 juin 1914.)

André B..., 9 ans, est porteur d'une fistule ombilicale. La radiographie montre la présence de deux petits sequestres : l'un au niveau de la branche horizontale, l'autre projeté sur le trou obturateur.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

(Recueillie dans le service du Dr Ricffel)

Mme A..., 23 ans, entre à Saint-Louis pour un kyste de la grande lèvre droite.

Depuis un an, elle se plaint de souffrir en marchant et, de ce fait, présente une claudication très légère. Les douleurs sont assez vagues ; elles siègent au niveau de la racine de la cuisse et de sa face interne. Elles ne sont pas assez vives pour interrompre les occupations de la malade. Accusées par la marche, la fatigue, la station debout, elles n'offrent pas de maximum nocturne.

Mme A... a consulté plusieurs médecins pour des douleurs et on l'a soignée successivement pour des névralgies, puis pour une adénite. Ce n'est que plusieurs mois après l'apparition de ces phénomènes douloureux qu'il apparaît une grosseur au niveau de la grande lèvre droite et c'est pour se faire opérer de ce kyste qu'elle entre à l'hôpital.

En *l'examinant*, on est frappé immédiatement du volume de cette tumeur qui déforme la lèvre droite et et le pli génito-anal. Ses dimensions sont relativement considérables, dépassant le volume du poing, puisqu'elles atteignent respectivement 15 et 8 centimètres dans leurs plus grands diamètres.

La forme en est oblongue, à grosse extrémité inférieure, il existe un léger rétrécissement au niveau du tiers supérieur. La tumeur se continue d'une manière insensible par un pédicule avec le bord supérieur du pubis. A ce niveau la pression sur le plan osseux détermine une assez vive douleur. Les parois de la poche sont adhérentes au plan cutané qui présente

une vascularisation assez marquée. La fluctuation est nette surtout dans la partie inférieure.

Cette tumeur est manifestement un abcès froid. L'examen de la hanche montre l'intégrité des mouvement articulaires sauf une limitations des mouvemen d'abduction. Si on porte la cuisse en dehors, on sent nettement se tendre la corde des adducteurs en même temps que l'on détermine une douleur vive. Il n'existe pas d'adénopathie inguinale. Le toucher vaginal révèle une sensibilité de la face postérieure de la symphyse à droite. On ne trouve aucun autre signe d'atteinte tuberculeuse et l'interrogatoire ne nous apprend rien qui puisse être signalé comme antécédent bacillaire.

Soupçonnant une ostéite du bassin, du pubis en particulier, on pratique un examen radiographique qui montre une tâche blanche à droite de la symphyse, mais aucun séquestre.

La malade est opérée par le Dr Rieffel, qui pratique une incision au niveau de la tumeur, sur le bord externe de la grande lèvre. La dissection de la poche est délicate en raison de l'adhérence aux plans voisins et de la minceur de la membrane d'enveloppe qui cède en plusieurs fois, laissant échapper un liquide séreux avec des flocons jaunâtres — pus tuberculeux. En dedans, la dissection découvre les racines du clitoris et remonte vers la ligne médiane. En dehors, le bistouri est amené au niveau de l'insertion du pectiné et du moyen adducteur. La tumeur se libère facilement par le pôle inférieur. Mais son extrémité supérieure s'enfonce dans l'orifice inguinal externe dont elle écarte les deux piliers. Puis elle se rapproche de la ligne médiane, contourne le bord supérieur du pubis et atteint sa face postérieure. Sur cette face profonde de l'angle du pubis, on découvre un foyer d'ostéite. La sonde cannelée enfoncée dans la cavité osseuse soulève les fibres

aponévrotiques du ligament antérieur. On curette les lésions et on les touche au chlorure de zinc. Les piliers sont rapprochés au catgut afiin de fermer l'orifice externe du canal inguinal. On place un drain et deux mèches dans le foyer, des crins sur l'incision cutanée.

Les suites opératoires sont bonnes. La sécrétion purulente diminue. — Nous n'avons pu malheureusement suivre la malade.

A ces observations dans lesquelles on trouve constamment des lésions de la branche descendante et de l'angle du pubis, plus rarement de la branche horizontale, nous joindrons deux cas dans lesquels la nécrose de l'ischion s'est propagée à la branche ascendante et au pubis lui-même.

OBSERVATION XX

(Grant, in thé Lancet, 1859.)

Michael G..., âgé de 20 ans, se plaint de douleur à la pointe de la fesse et sur le trajet du sciatique. Abcès de la fosse ischiorectale s'ouvrant à l'extérieur par une fistule à l'anus. Évidement à la gouge de la tubérosité ischiatique et d'une grande partie de la branche descendante du pubis nécrosées.

OBSERVATION XXI

(Lance, « Revue d'Orthopédie », 1901, p. 385.)

Alphonse de Pl..., âgé de 9 ans, présente une fistule au-

dessous du pli fessier. Incision : l'ischion est nécrosé et remplacé par plusieurs petits sequestres. La branche ischio-pubienne est détruite en entier et l'angle du publis est creusé d'une caverne. Grattage. Mèche iodoformée. — Guérison.

DEUXIÈME GROUPE

Complications urinaires au cours de la tuberculose du pubis

OBSERVATION XXII

(Pozzi, in thèse Paris, 1873.)

Observation de Duplay :

A..., âgé de 9 ans, est amené pour une fistule de l'anus. Depuis deux ans, il est en outre atteint d'incontinence d'urine. L'exploration du stylet montre l'existence de sequestres mobiles. Incision. Ablation à la pince de deux sequestres. — Guérison de la fistule et de l'incontinence d'urine.

OBSERVATION XXIII

(Ollier, in thèse Gouilloud.)

Mlle G..., de Montélimar, âgée de 19 ans, vient pour une fistule pubienne. Symptômes de cystite due à la présence d'un calcul. Lithotritie. — Guérison absolue.

OBSERVATION XXIV

(Heiberg, in thèse Gouilloud.)

Jeune cultivateur, reçu à l'hôpital de Christiana.

Début par signes de coxalgie, puis formation d'un abcès qui s'ouvre dans le flanc droit et qui donne issue à un mélange de pus et d'urine. On extrait du canal de l'uréthre un sequestre osseux enrobé de sels calcaires, puis par la taille périnéale on enlève de la vessie un calcul de la grosseur d'un œuf de poule. Il sort de petits sequestres par la fistule du flanc droit.

OBSERVATION XXV

(Gouilloud, in-thèse de Lyon 1883).

Pierre A..., âgé de 39 ans, a des mictions fréquentes et des urines purulentes. Il se forme dans l'aine un abcès qui se fistulise au niveau du pli inguino-scroral. Par la fistule, Ollier extrait un gros sequestre venant de la branche horizontale du pubis. — Guérison.

TROISIÈME GROUPE

Coxalgies d'origine pubienne.

OBSERVATION XXVI

(Chassaignac, in-Traité de la suppuration et du drainage chirurgical T. II. p. 664).

Le jeune Belvel, âgé de 17 ans, est atteint de fistule dans la rainure périnéale interne. L'exploration du stylet fait reconnaître une nécrose du pubis. Signes de coxalgie. Elimination de sequestres. — Mort.

OBSERVATION XXVII

(Ollier, in thèse Gouillaud)

Branier Jules, 19 ans, présente les signes d'une coxalgie avec abduction et flexion de la cuisse. Formation d'un abcès. — Il se forme une fistude qui guérit.

OBSERVATION XXVIII

(Gangolphe, in thése de Weitzel, Lyon 1900)

R..., 30 ans, teinturier à Lyon, a des signes de coxalgie et un abcès du pli génitocural. Ponction de l'abcès. — Guérison par le traitement général.

OBSERVATION XXXI

(Gangolphe, in thèse Weitzel)

Début chez un enfant par des douleurs extrêmement vives et de la fièvre. Immobilisation et extension continue. Formation d'un abcès au niveau du pubis. Ponction. Guérison.

OBSERVATION XXX

(Gangolphe, in thèse Weitzel)

T... Joseph, âgé de 7 ans, offre des symptômes de coxalgie avec adduction et flexion de la cuisse. Point osseux douloureux sur la branche horizontale du pubis. Pas d'abcès. Immobilisation dans la gouttière plâtrée antérieure. — Guérison.

OBSERVATION XXXI

(Gangolphe in-thèse Weitzel).

P..., âgé de 5 ans, est pris de douleurs vives à la racine de la cuisse, s'irradiant vers le genou. Attitude en flexion, adduction et rotation en dedans. — Point douloureux sur la branche horizontale du pubis. Immobilisation et traction. — Guérison sans abcès.

OBSERVATION XXXII

(Gangolphe in-thèse Weitzel).

Jeune enfant de 7 ans présente les mêmes signes que dans l'observation précédente. Même traitement. — Guérison sans abcès.

OBSERVATION XXXIII

(Gangolphe, in-thése Weitzel).

Malade se présentant avec le membre inférieur droit en flexion et adduction. Diagnostic de coxalgie. Il est mis dans une gouttière de Bonnet avec une traction. Il se produit un abcès qu'on ponctionne. — Guérison.

OBSERVATION XXXIV

(Ménard, in-thèse Dhéry).

M... Marguerite, âgée de 5 ans 1/2, arrive avec le diagnostic de coxalgie et un volumineux abcès de la cuisse. Pus fétide, température à 39°. On pratique une résection de la hanche ; il existe un sequestre dans l'Y cartilagineux et une caverne dans la branche horizontale du pubis s'ouvrant dans la cavité articulaire. Drainage. Suites opératoires excellentes.

OBSERVATION XXXV

(Ménard, in thèse Dhéry)

B... Pauline, âgée de 9 ans, vient pour une coxalgie. Elle porte un abcès dans la région des adducteurs. Ponction. Le pus devient fétide et mélangé de gaz. Fièvre élevée. On pratique une résection de la hanche. Le pubis, transformé en caverne, communique largement avec l'articulation. Curetage et drainage. Amélioration.

OBSERVATION XXXVI

(Lance, in revue d'orthopédie, 1901, p. 465)

Ga.., fillette de 7 ans, entre pour une coxalgie fistuleuse. Incision, curetage. On enlève quatre sequestres occupant le corps du pubis et la branche horizontale. La caverne communique avec l'articulation de la hanche.

QUATRIÈME GROUPE

Tuberculose de la symphyse pubienne et rupture au cours de l'accouchement

OBSERVATION XXXVII

(Heurteaux, in thèse Labeyrie).

Lr femme B...., âgée de 43 ans, présente une tumeur de

l'hypogastre communiquant avec une collection de la grande lèvre droite. A l'incision, on constate une destruction complète de la symphyse pubienne qui renferme des sequestres. — Guérison.

OBSERVATION XXXVIII

(Vignard, in thèse Labeyrie)

Femme P..., âgée de 30 ans, porte une tumeur hypogastrique du volume d'uu œuf. A l'ouverture on trouve une nécrose de l'angle gauche du pubis et de la symphyse. Curetage. — Guérison.

L'articulation présente une mobilité anormale.

OBSERVATION XXXIX

(Heurteaux, in thèse Labeyrie)

La nommée F... Nathalie, âge de 30 ans, présente deux tumeurs jumelles et symétriques des grandes lèvres, du volume d'une tête de fœtus. Deux incisions symétriques conduisent sur une symphyse nécrosée qui est curretée. — Guérison rapide.

OBSERVATION XL

(Demons, in thèse Robert, Bordeaux 1903)

Julie B..., 45 ans, entre pour être opérée de deux fistules symétriques du pli génito-crural. Ablation d'un séquestre au niveau de la symphyse pubienne. Amélioration.

OBSERVATION XLI

(De Rouville, in Montpellier médical, sept. 1890)

Homme de 25 ans, présente de chaque côté du pubis deux fistules symétriques. Ablation de plusieurs séquestres au niveau de la symphyse.

OBSERVATION XLII

(Mory, in Bull. soc. chir. Paris, 1890)

Le soldat P.., âgé de 23 ans, est porteur d'un abcès de la région des adducteurs. Ablation d'un séquestre volumineux comprenant la plus grande partie de la symphyse chondro-pelvienne gauche. Guérison parfaite.

OBSERVATION XLIII

(Dollinger, cité par Labeyrie)

Un individu de 31 ans fait un abcès du pénil qui est incisé. On constate une fissure d'un centimètre de largeur au niveau de la symphyse. Guérison.

OBSERVATION XLIV

(Kosrlein. Dissert. inaugur, Tübingen, 1880.)

Mme L... Bassin rétréci. Céphalotripsie. Infection puerpérale. — Mort.

A l'autopsie, on constate une rupture des symphyses avec formation d'abcès renfermant un pus fétide.

OBSERVATION XLV

(Glenn, in the Lancet, 7 oct. 1893.)

Jeune femme de 23 ans. Accouchement. Rupture des symphyses. — Infection et mort.

A l'autopsie, on constate au niveau de l'articulation une suppuration abondante d'aspect tuberculeux.

OBSERVATION XLVI

(Wahl, in Bayrisches Ærtzliches Intelligenzblatt, 1877.)

Primipare de 38 ans. Application de forceps. Rupture des symphyses. Déchirure de l'urèthre. — Guérison en six semaines.

OBSERVATION XLVII

(Harajerwicz. in Wiener Médizin. Blatter, 1891. n° 8).

Femme de 20 ans, présente deux mois après un accouchement un abcès de la petite lèvre gauche. Le stylet conduit sur le pubis dénudé. A l'opération, on constate une disjonction des symphyses. Curetage. — Guérison.

OBSERVATION XLVIII

(Phœnomenow, in Revue de Hayem 1883 p. 1941)

Femme de 30 ans accouchée à terme. Forceps. Rupture de la symphyse. Déchirure du périnée et de la paroi vaginale antérieure. Mort de péritonite au bout de 48 heures. A l'autopsie, rupture des symphyses. L'examen microscopique y montre des granulations tuberculeuses.

OBSERVATION XLIX

(Ulsamer, in Nene Zeitcschrift für Heburtskeinde, Berlin 1835, p. 317)

K. B.,., 32 ans, subit une application de forceps. Craquement. Déchirure de la paroi vaginale antérieure. Infection. Mort en 16 jours. Autopsie : rupture des symphyses baignant dans un pus infect.

OBSERVATION L

(« Medical Zeitung », Berlin, 1857.)

F. F. . ., 32 ans, tuberculeuse. Après un accouchement, douleur au niveau de la symphyse. Fièvre. Infection. Ouverture d'un abcès pubien. — Guérison.

OBSERVATION LI

(Maygrier, in thèse Rudaux.)

Jeanne P. . ., 35 ans, après un accouchement, ressent une

douleur aiguë au niveau de la symphyse. Apparition d'un phlegmon. Ouverture : les deux pubis sont complètement séparés.

OBSERVATION LII

(Grenser Monatschrift für Geburts Kundé.)

Ouvrière de Dresde, fait une rupture des symphyses pendant un accouchement. — Mort de pyohémie.

A l'autopsie, on trouve l'articulation détruite et baignant dans le pus.

CINQUIÈME GROUPE

Observations anciennes terminées par la mort

OBSERVATION LIII

(Duret, Bull. Soc. Anat. Paris, 1875)

Clara F..., 48 ans, entre pour une tuberculose du pubis ayant amené la formation d'abcès fistulisé. Infection secondaire. Incision simple de l'abcès. Cachexie. Phlegmatia. Mort par hecticité.

OBSERVATION LIV

(Marjolin, in Bull. soc. chir. 1871)

L'auteur présente une pièce d'ostéite tuberculeuse du pubis prélevée à l'autopsie d'une petite fille de 8 ans morte de rougeole.

OBSERVATION LV

(Guéneau de Mussy, Bull. soc. anat. Paris 1839)

Présentation de la symphyse du pubis d'un malade mort à l'hôpital. Il existait dans le ventre un abcès considérable communiquant avec la cavité péritonéale par une large ouverture au-dessus de la vessie.

OBSERVATION LVI

(Boyer, maladies chirurgicales)

Une femme est morte à la suite de lésions tuberculeuses de la symphyse. Son abdomen renfermait 3 litres d'un pus fétide.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose du pubis est une affection rare.

II. — Elle se développe au niveau du corps du pubis et de la branche horizontale, plus souvent au niveau de la surface angulaire et de la branche descendante. L'envahissement de la symphyse ne semble pas être primitif et ne se rencontre point chez l'enfant.

III. — La lésion consiste soit dans une caverne creusée aux dépens de l'os, soit plus souvent encore dans la séquestration d'un fragment osseux plus ou moins considérable. La présence de ce sequestre entretient une suppuration indéfinie et la maladie n'a pas tendance à la guérison spontanée.

IV. — Il se produit des abcès qui fusent vers la cuisse, le périnée, quelquefois vers le bassin et la vessie. Ils constituent la manifestation principale de l'affection.

V. — Celle-ci a un début très insidieux, marqué par quelques douleurs et de la claudication. Elle se révèle avant tout par la présence d'un abcès froid. L'examen physique fait constater une attitude vicieuse de la cuisse qui se met en adduction et flexion légère. Les mouve-

ments de la hanche sont conservés sauf l'abduction qui est limitée et douloureuse.

VI. — Les abcès se fistulisent et, s'ils ne sont traités, il se produit de l'infection secondaire et de l'hecticité qui emportent le malade. L'exploration des fistules avec un stylet révèle l'origine pubienne de l'abcès et la radiographie met en évidence l'existence d'une cavité où se logent un ou plusieurs séquestres.

VII. — Certaines complications méritent d'être discutées comme formes cliniques : l'atteinte primitive ou secondaire de la cavité cotyloïde qui donne naissance à une pseudo-coxalgie. — l'ouverture d'un abcès dans la vessie qui se traduit par de la pyurie enfin l'envahissement de l'articulation symphysaire par le processus tuberculeux, qui peut être une cause de disjonction des symphyses au moment de l'accouchement.

VIII. — Le diagnostic sera avant tout un diagnostic d'abcès froid et on éliminera la coxalgie, le mal de Pott, l'adénite bacillaire, la tuberculose de la crête iliaque ou de l'ischion, principalement.

XI. — Le traitement peut être conservateur au début et consister dans la ponction et les injections modificatrices des abcès froids. Mais s'il s'agit d'ostéite fistulisée ou si l'exploration radiographique ou instrumentale a démontré l'existence d'un séquestre, il faut pratiquer une intervention sanglante : cureter le foyer et enlever les séquestres dans les cas légers — pratiquer une résection du pubis plus ou moins atypique et sous périostée si les lésions sont étendues. — dans les cas graves et profon-

dément infectés, ouvrir les trajets fistuleux et faire de grands drainages, — tenter même la résection de la hanche, dans les cas ou cette articulation est envahie.

Vu :
Le Président de Thèse,
POZZI.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bagg. — Idiopathie necrosis of puhie bones. (Homœopath. Méd. Soc. N. X. 1880. Tome I.)

Barbry. — De l'ostéomyélite pubienne des adolescents. (Thèse, Lille. 1903).

Bœkel. -- Tableau des résections non articulaires et des évidements osseux. (Strasbourg 1879).

Bungner. — Uber die Tuberkulose der Symphysis ostium pubis. (Archiv. fur Klin Chirurgie Band 25 nº 891).

— (Verhandlungen der klinik. dentsch. Gesellschaft fur Chirurgie Kongress, 1899. II §. 579.)

Busch. — Necroxis der Beckenknochen. (Gunzburg. Zeitschrift, Breslau, 1857 T. III. S. 432).

Campenon. — Destruction du cartilage qui unit l'ilium, l'ischion et le pubis. (Soc. Ana, Paris 1871). In thèse Rudaux.

Casro-Soffia. — La tuberculose des os. Th. Paris 1884.

Cazal. — 84 cas de coxalgie. Th. Montpelier 1904.

Chassaignac. — Traité de la suppuration et du drainage chirurgical T. II. p. 664.

Cholmogorow. — Eitrige Enrzündengen der symphysis ossium pubis (Wrarsch, 1898, n° 5, Zentralblatt. in chirurgie, 1897, s. 101)

Clarke. — Pelvic tuberculosis (Journal Amér. Ann. M. Ass. Chicago 1899).

Coromitas. — Tuberculose du pubis et salpingite double tuberculeuse (Ann. de gynéc. T. XLVI p. 460).

S. Cooper. — Dictionnaire pratique de méd, et chirurgie. Article ; Bassin.

Delorme. — Sur un cas d'ostéite tuberculeuse du bassin. (Soc. chim. Paris 1886).

Demoulin. — Ostéomyélite chronique d'emblée. (Thèse Paris 1888).

Destot. — Congrès français de chirurgie, Paris 1897.

Dhéry. — La tuberculose du pubis chez l'enfant. (Th. Paris 1906).

Dumuis. — Oserv. sur un cas de carie du bassin. (Journ. méd. chir., pharm., Paris, 1813.).

Duplay. — Des pseudo-coxalgies (G. H., 1892.).

Duret. — Ostéite et nécrose du pubis. (Bull. Soc. Anat., Paris, 1875.).

Dollinger. — Un cas de résection de l'articulation du pubis. (Centralblatt fùr chirurgie., 1892, n° 23.).

Etchepare. — Des abcès ischio-rectaux. (Th. Paris, 1893.).

Février. — In Archiv. médecine militaire, 1895.

Follin et Duplay. — Traité de Pathol. externe. T. VI, p. 346.

Fort. — Cas remarquable de carie des os du bassin. (Gaz. Hôpitaux, 1885.).

Forgue. — Observation d'un cas de tuberculose du pubis avec abcès froid occupant la cavité de Retzins. (Montpell. Méd., n° 15.).

Fraisse. — Disjonction de la symphyse pubienne. (Th. Paris, 1882.).

Gangolphe. — Maladies parasitaires et inférieures des os longs. (Paris, 1894.).

— In Thèse Weitzel.

Glenn. — Rupture of the symphisis of the pubis, suppuration, death.

— In the Lancet, 7 octobre 1893.).

Gmelin. — Uben die Krankheiten des symphysis ossium pubis. (Innaugural. Dissert. Tübingen, 1854).

Gouilloud. — Les ostéites du bassin. (Th. Lyon, 1883).

Grant. — Sur un cas de nécrose de l'ischion et du pubis. (Th. Lancet, 1859).

Guéneau de Mussy. — Abcès de la symphyse pubienne. (Bull. soc. anat., Paris 1839).

Hallopeau. — In thèse Maignet.

Hennies. — 3 falle von symphysentuberkulose. (Diss. Greifswald. klinik., 1888).

Herajerviez. — In Wiener medizin Blätter, 1891, n° 8.

Herz. — Die tuberkulose der Schambeinsymphyse. (Deutsche zeitschrift f. chirurgie, Bd LXIV, s. 217).

Heurteaux. — In Bull. et mém. de la Soc. chir. 1877).

Iresco. — De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. (Th. Paris, 1883).

Jellet. — A clinical lecture on pelvic tuberculosis. (John Hopkins Hosp. Bulletin, Baltimore, 1902, n° 13).

Kirmisson. — Sur un cas d'ostéite tuberculeuse du pubis. (Journal des Praticiens, 15 août 1898).

— Fistule ombilicale symptomatique d'une tuberculose du pubis. (Presse méd. 3 juin 1914).

Labeyrie. — La tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne. (Th. Paris 1900).

Lance. — in Revue d'orthopédie, 1901. p. 365.

Lendet. — Notes sur un cas de tumeur blanche de la symphyse pubienne. (Etudes de path. et clin. médicale. Paris 1891).

Mauclaire. — Des différentes formes d'ostéo-arthrite tuberculeuses et de leur traitement. (Th. Paris 1893).

— in T. II du traité Le Dentu et Delbet.

Ménard. — in Revue d'orthopédie, 1er sept. 1896.

— in Congrès français de chirurgie, oct. 1897.

— — — — — 1902.

— Sur un cas de tuberculose du pubis. (Soc. de pédiâtrie, Paris 1900).

— in Thèse Dhéry. Paris 1906.

Moignet. — Contribution à l'étude de l'ostéite tuberculeuse du pubis. (Th. Paris 1910-1911),

Mory. — Ostéite tuberculeuse du pubis. (Bull. Soc. Chirurgie de Paris, 1890).

Ollier. — Traité des résections, T. III, page 926.

— De la régénération des os, T. II. page 180.

— in thèse Gouilloud (Lyon 1883).

Palisson. — De l'ostéomyélite du pubis. (Thèse Bordeaux, 1912.).

Pfayfair. — Case of necrosis of pubic bones following

deliwery. (Transact. Obst. Soc. London, 1773.) XV, 219.).

Pozzi. — Des fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. (Th. Paris, 1873.).

Robert. — La tuberculose du pubis. (Th. Bordeaux, 1903-04).

De Rouville. — In Montpellier Médical, 2 sept. 1900.

Rudaux. — Rupture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement. (Th. Paris, 1897.).

Secheyron. — De l'ostéomyélite du pubis. (Arch. de Méd. génér., 1888. T. I.)

Siegfried. — Beitrag zûr Becken Tuberkulose. (Sammbung klinische vorläqe, 1912, Chirurgic., n°184, 662.)

Sophronieff. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin. (Th. Montpell., 1897-1898.).

Tarnier. — Art. des accouchements. T. II, p. 258, T. III, p. 358.

Terrillon. — In Semaine Médicale, 1884.

Thomschke. — Ostéomyélite du pubis. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, juin 1913.).

Tillmannss. — Die Tuberkulose der Symphysis ostéum pubis. Deutsche Chirurgic. Lieferung 62 a, sh. 422, Stuttgard, 1895.).

Ulsamer. — Neue zeitschrift für Geburtskunde. Berlin 1835, s. 217.

Verneuil. — Deux cas d'ostéite du bassin. (Soc. anat. Paris sept. 1875).

Veyrune. — Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis. (Th. Montpellier 1902-1903).

Viarmay. — Ostéite tuberculeuse du pubis avec envahissement de la symphyse pubienne. (Lyon méd. 1903).

Vignard. — In thèse Labeyrie (Paris 1900).

Wahl. — In Bayr. Ærzliches intelligenzblatt 1877, n° 4.

Walther. — Article ostéites du bassin in Duplay et Reclus, t. VII, p. 38.

Weitzel. — Des ostéites du pubis et de leurs rapports avec la coxalgie. (Th. Lyon 1899-1900).

Wisard. — Carie extra-articulaire des os du bassin. (Th. Genève 1886).

Zwielke. — In charité Annalen 1882, t. XII, p. 559.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

I. — Introduction 11

iI. — Embryologie et anatomie 13

III. — Etiologie et anatomie pathologique 19

IV. — Symptomatologie et évolution. — Complications et formes cliniques 23

a) Complications urethro-vésicales.

b) Coxalgies d'origine pubienne.

c) Arthrite symphysaire et rupture des symphyses au cours de l'accouchement.

V. — Diagnostic 41

VI. — Traitement 49

VII. — Observations 55

VIII. — Conclusion 77

IX. — Bibliographie 81